

保護者名	
児童名	生年月日 年 月 日
児童名	生年月日 年 月 日
児童名	生年月日 年 月 日

病気（障害）・就学・出産申立書

錦町児童クラブ プロジェクトマネージャー 高橋紀子 様

令和 年 月 日

申請者 住所： _____

氏名： _____

児童との続柄：父・母・祖父・祖母・()

私は、現在、下記のとおり相違ないことを申立てます。この申立ての内容に虚偽または事実と異なることがある場合には、承諾が取消しとなる場合があることに了承します。

病気（障害）申立書	傷病名	
	障害名	
	症 状	
	治療見込期間	<input type="checkbox"/> 約 _____ 週間 <input type="checkbox"/> 約 _____ ヶ月間 <input type="checkbox"/> 約 _____ 年間 <input type="checkbox"/> 不定
	治療状況	<input type="checkbox"/> 入院加療 _____ 年 月 日 ~ _____ 年 月 日 <input type="checkbox"/> 通院加療 週 _____ 日 / 月 _____ 日 生活状況（ <input type="checkbox"/> 通常生活 <input type="checkbox"/> 安静 <input type="checkbox"/> 寝たきり）
	障害・介護の状況	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 _____ 種 _____ 級 番号（ _____ ） <input type="checkbox"/> 療育手帳 _____ 記号（ _____ ）番号（ _____ ） <input type="checkbox"/> 要介護認定証 _____ （要介護 1・2・3・4・5 / 要支援 1・2）
	添付書類	<input type="checkbox"/> 処方箋、処方薬書の写し <input type="checkbox"/> 入院等治療計画書の写し <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳、療育手帳、介護被保険者証等の写し <input type="checkbox"/> その他（ _____ ） <input type="checkbox"/> 診断書（*状況により提出を求める場合があります）
就学申立書	学校等の名称	
	在学期間	年 月 日 ~ 年 月 日
	就学日数	週 _____ 日 / 月 _____ 日
	就学時間	時 _____ 分 ~ 時 _____ 分
	添付書類	<input type="checkbox"/> 在学証明書等 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）
出産申立書	出産日（予定日）	年 月 日 出産 ・ 出産予定
	休暇予定	産前休暇 _____ 年 月 日 ~ _____ 年 月 日 産後休暇 _____ 年 月 日 ~ _____ 年 月 日
	添付書類	<input type="checkbox"/> 母子健康手帳の表紙及び出産予定日の記載があるページの写し